

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA



**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA PARAÍBA**

SEDE: Rua Diogo Velho, 06 – João Pessoa, Centro – CEP: 58013-110

Fone: (83) 3015-3555 – Site: [www.crfpb.org.br](http://www.crfpb.org.br)

SECCIONAL C. GRANDE: Av. Mal. Floriano Peixoto, 53 – loja 01 – Centro

Campina Grande – Fone: (83) 3341-2906 – FAX (83) 2102-3764

SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, nº 18 Cotton Shopping – Sl. 06

Centro Sousa - Tel/Fax (83) 3521-2216

**Formulário para solicitação de Assistência Farmacêutica em estabelecimentos Pré-Hospitalar, na Farmácia Hospitalar e outros serviços de saúde similares**

**INSTITUIÇÃO:**

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Tipo do estabelecimento:

- Clínica Oncológica
- Unidade Mista de Saúde
- Estabelecimento de atendimento pós-hospitalar
- Hospital  Geral /  Especializado \_\_\_\_\_
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
- Número de Leitos Ativos \_\_\_\_\_

Procedimentos de alta complexidade e/ou criticidade atendidos:

- Assistência Cardiovascular
- Serviço de Hemodiálise
- Assistência a Queimados
- Transplantes em Geral
- Cirurgias de alta complexidade e/ou criticidade
- Oncologia  Unidade de Terapia Intensiva em geral. Nº leitos \_\_\_\_\_
- Pronto Socorro. Nº leitos \_\_\_\_\_

Horário de Funcionamento da Farmácia:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA



**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA PARAÍBA**

SEDE: Rua Diogo Velho, 06 – João Pessoa, Centro – CEP: 58013-110

Fone: (83) 3015-3555 – Site: www.crfpb.org.br

SECCIONAL C. GRANDE: Av. Mal. Floriano Peixoto, 53 – loja 01 – Centro

Campina Grande – Fone: (83) 3341-2906 – FAX (83) 2102-3764

SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, nº 18 Cotton Shopping – Sl. 06

Centro Sousa - Tel/Fax (83) 3521-2216

**DADOS INDIVIDUAIS DO FARMACÊUTICO:**

Nome: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço em Farmácia Hospitalar: \_\_\_\_\_

	Graduação	Aperfeiçoamento	Especialização	Mestrado	Doutorado
Instituição					
Área de Concentração					
Ano de Conclusão					

Atividades atualmente desenvolvidas pelo Serviço de Farmácia são:

<input type="checkbox"/> Seleção de fornecedores	<input type="checkbox"/> Manipulação de Germicidas
<input type="checkbox"/> Gestão de estoque	<input type="checkbox"/> Preparo de Mistura Intravenosa
<input type="checkbox"/> Distribuição	<input type="checkbox"/> Preparo de Nutrição Parenteral
<input type="checkbox"/> Fracionamento de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Farmacovigilância
<input type="checkbox"/> Farmacotécnica	<input type="checkbox"/> Farmácia satélite
<input type="checkbox"/> Pesquisa Clínica	<input type="checkbox"/> Farmácia ambulatorial
<input type="checkbox"/> Manipulação de Antineoplásicos	
<b>Participação em Comissões:</b>	<b>Sistema de Dispensação:</b>
<input type="checkbox"/> Comissão de Farmácia e Terapêutica	<input type="checkbox"/> Coletivo
<input type="checkbox"/> Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	<input type="checkbox"/> Individualizado
<input type="checkbox"/> Comissão de Licitação e Parecer Técnico	<input type="checkbox"/> Dose Unitária
<input type="checkbox"/> Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/> Misto. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.	<input type="checkbox"/> Núcleo de Segurança do Paciente
<input type="checkbox"/> Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos	<input type="checkbox"/> Armário de urgência
<input type="checkbox"/> Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional	<input type="checkbox"/> Kits Cirúrgicos
<input type="checkbox"/> Carros de parada - Quantidade: _____	

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA



**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA PARAÍBA**

*SEDE: Rua Diogo Velho, 06 – João Pessoa, Centro – CEP: 58013-110*

*Fone: (83) 3015-3555 – Site: www.crfpb.org.br*

*SECCIONAL C. GRANDE: Av. Mal. Floriano Peixoto, 53 – loja 01 – Centro*

*Campina Grande – Fone: (83) 3341-2906 – FAX (83) 2102-3764*

*SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, nº 18 Cotton Shopping – Sl. 06*

*Centro Sousa - Tel/Fax (83) 3521-2216*

Eu,....., tenho conhecimento de que a omissão da informação ou declaração falsa no presente documento, poderá me sujeitar à ação criminal por “Falsidade Ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, além de falta ética, conforme disposto no artigo 18 inciso II do Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

Declaro ainda que tenho ciência teor da Deliberação Nº ..... e que serei fiscalizado(a) de acordo com a Ficha de Verificação do Exercício Profissional (FVEP).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico (a) responsável

\_\_\_\_\_  
Diretor do hospital